

بررسی اثر آموزش بر سطح آگاهی، نگرش و عملکرد پزشکان شهر اراک نسبت به

بیماری زایی، تشخیص و درمان هلیکوباکتر پیلوری

دکتر علی فانی^۱، ایمان فانی^۲، دکتر رامین قهرمانی^۳، دکتر عباس محسنی^۴، دکتر حمیدرضا سلطانی^۵

خلاصه

مقدمه: اگر چه بیش از دو دهه از کشف هلیکوباکتر پیلوری و نقش آن در پاتوژنز بیماری‌های گوارشی میگذرد اما در جهان و ایران تناقضات و نقایص زیادی در برخورد با این بیماری وجود دارد. این تحقیق به منظور تعیین اثر آموزش بر آگاهی، نگرش، پیگیری و درمان هلیکوباکتر توسط پزشکان شهر اراک طراحی و انجام شده است.

روش کار: این مطالعه به صورت مداخله ای طراحی گردید و با استفاده از متون معتبر داخلی و گوارشی، مقاله فشرده ای در مورد هلیکوباکتر پیلوری و بیماری‌های مرتبط تهیه شد و از این مقاله سی سؤال با محتوای ارزیابی دانش، نگرش و عملکرد پزشکان نسبت به پاتوفیزیولوژی، تشخیص و درمان و پیگیری بیماران استخراج گردید. پس از جلب توافق نظر همکاران پزشک ارزیابی اولیه انجام و سپس مقاله جهت آموزش در اختیار آنها قرار گرفت. یکماه بعد ارزیابی دوم انجام، و داده‌ها با نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: با مطالعه در شهر اراک ۳۴۹ نفر پزشک عمومی و متخصص دست اندر کار درمان هلیکوباکتر پیلوری حضور داشتند که جمعاً (۸۷/۱ درصد) ۳۰۴ نفر حاضر به همکاری با طرح شدند. میانگین سطح آگاهی گروه‌های مختلف پزشکی نسبت به اپیدمیولوژی و بیماری زایی هلیکوباکتر قبل از آموزش حداقل ۴۹/۶۴ و حداکثر ۵۸/۷۵ ارزیابی شد که پس از آموزش به حداقل ۵۷/۹۴ تا حداکثر ۷۴/۱۴ تغییر یافت ($p < 0/05$). میانگین سطح نگرش و عملکرد پزشکان در بکارگیری روش‌های صحیح تشخیص، درمان و پیگیری قبل از آموزش از حداقل ۵۳/۰۱ تا حداکثر ۷۱/۶۱، پس از آموزش به حداقل ۶۱/۵۴ تا حداکثر ۸۰/۸۳ تغییر یافت ($p < 0/05$).

بحث: با ارزیابی اولیه روشن گردید که از روش تست و درمان ناقص و بدون اندیکاسیون به فراوانی استفاده می‌شود که ضمن هزینه بری، ضرورت آن جای سؤال دارد. این مطالعه ضمن ارزیابی دانش و نگرش و عملکرد پزشکان نسبت به هلیکوباکتر پیلوری با مداخله از طریق آموزش به روش ارائه مقاله مکتوب توانست تغییرات قابل توجهی را در آگاهی، نگرش و عملکرد پزشکان ایجاد نماید.

واژگان کلیدی: هلیکوباکتر پیلوری، بیماری‌زایی، آگاهی، تشخیص، درمان.

مقدمه

باید تحت درمان قرار گیرند عمده ترین چالش‌های پیش می‌باشد. با بررسی‌های اپیدمیولوژی و پاتوفیزیولوژی روشن گردیده که این میکروب اولاً همه گیری جهانی دارد، ثانیاً تقریباً بدون درمان ریشه کنی، مادام العمر در مخاط معده باقی می ماند و ثالثاً بسیاری از گروه‌های پزشکی دست اندر کار درمان آن هستند (۱، ۲).

پس از کشف هلیکوباکتر پیلوری در سال ۱۹۸۳ توسط مارشال و وارن، انقلابی در

- ۱- استادیار گروه داخلی دانشگاه علوم پزشکی اراک.
- ۲- کارورز پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اراک.
- ۳- فوق تخصص بیماری‌های گوارش استادیار گروه داخلی دانشگاه علوم پزشکی اراک.
- ۴- پزشک عمومی.
- ۵- پزشک عمومی.

با عنوان هلیکوباکتریپیلوری و فاصله عمیق بین علم و عمل در سال ۱۳۷۸ صورت گرفته است که در این تحقیق ۳۵۹ پزشک اعم از متخصص و عمومی در شهرهای کرج، تهران و ورامین توسط پرسشنامه و گفتگوی حضوری مورد بررسی قرار گرفتند. در این بررسی روشن شد که اطلاعات پزشکان بخصوص پزشکان عمومی نسبت به روش‌های صحیح تشخیص و درمان زخم‌های پپتیک بسیار پائین است (۱۰).

روش کار

این مطالعه به صورت مداخله‌ای به بررسی دانش، نگرش و عملکرد پزشکان و کارورزان دوره پزشکی عمومی قبل و پس از آموزش در مورد اپیدمیولوژی، بیماری‌زایی، تشخیص و درمان هلیکوباکتریپرداخته است. حجم نمونه به روش سرشماری شامل کل جامعه هدف یعنی کلیه پزشکان مقیم شهر اراک دست اندکار درمان هلیکوباکتریپیلوری بود که از مجموع ۳۴۹ پزشک، ۳۰۴ نفر داوطلب همکاری تا پایان کار شدند. معیار ورود به مطالعه موافقت و رضایت همکاران پزشک و اشتغال فعال به امر طبابت و یا حداکثر فاصله ۶ ماه تا فارغ التحصیلی در مورد کارورزان بود. معیارهای خروج، عدم همکاری در پرکردن پرسشنامه در هر یک از مراحل و یا اذعان به عدم مطالعه مقاله مروری در مرحله دوم و انصراف از تحصیل در مورد کارورزان پزشکی عمومی بود. این تحقیق در آذر ماه ۱۳۸۲ طراحی و اجرا گردید و ابتدا یک مقاله فشرده شامل اپیدمیولوژی، پاتوفیزیولوژی چگونگی بیماری‌زایی، تشخیص و درمان بیماری‌های ناشی از هلیکوباکتریپیلوری با استفاده از کتب مرجع داخلی و

هلیکوباکتریپیلوری منجر به بیماری‌های مختلفی مثل زخم اثنی عشر، زخم معده، گاستریت مزمن فعال، لمفوم معده، آدنوکاسینوم معده و آتروفی مخاط معده می‌شود (۱، ۲، ۳، ۴).

قبلاً درمان ریشه کنی هلیکوباکتریپیلوری محدود به زخم‌های پپتیک بود ولی در کنگره بین‌المللی هلیکوباکتریپیلوری در آمریکا توصیه به تست درمانی مدافعان بیشتری پیدا کرد. اکنون درمان ریشه کنی هلیکوباکتریپیلوری برای بسیاری از عوارض گوارشی آن مثل زخم اثنی عشر، زخم معده خوش خیم، لنفوم، درمان پس از گاسترکتومی جزئی ناشی از کانسر معده، بستگان درجه اول مبتلا به هلیکوباکتریپیلوری با کانسر معده مورد تاکید است و در موارد استفاده طولانی از داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی همراه با هلیکوباکتریپیلوری مثبت، رفلاکس مزمن، سوء هاضمه مزمن مقاوم به درمان نیز توصیه می‌شود (۴، ۵، ۶).

امروزه از طرف بیشتر محققین ابتدا رژیم سه دارویی به مدت دو هفته با درجه موفقیت ریشه‌کنی بیش از ۸۰ درصد به عنوان خط اول به کار گرفته می‌شود و در صورت شکست رژیم چهار دارویی به کار برده می‌شود (۷، ۸، ۹).

با توجه به گستردگی آلودگی و عوارض هلیکوباکتریپیلوری و دخالت گروه‌های مختلف پزشکی در امر درمان این گونه بیماران که در بسیاری موارد نیز به صورت ناقص صورت می‌گیرد (۱۰). در این بررسی تلاش گردید تا ضمن ارزیابی آگاهی، نگرش و عملکرد پزشکان شهر اراک با آموزش به روش ارائه مقاله نسبت به اصلاح موارد فوق اقدام شود. در این زمینه در ایران فقط یک مطالعه در تهران

تأکید می‌گردید که تا یک ماه بعد، پس از مطالعه کامل و دقیق مقاله مراجعه خواهد شد و مجدداً سؤالات با همان محتوی قبلی را پاسخ خواهند گفت .

پاسخ‌نامه‌ها جمع‌آوری، با رایانه تصحیح و اطلاعات گردآوری شده با نرم افزار SPSS با تهیه جداول توزیع فراوانی و محاسبه میانگین، فاصله اطمینان ۹۵ درصد، انحراف معیار، خطای معیار و تستهای آماری تی جفتی و ویلکاکسون انجام شد و به این ترتیب آگاهی، نگرش و عملکرد پزشکان قبل و بعد از آموزش مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در پرسش‌نامه نام پزشکان ثبت نمی‌شد و فقط با یک کد پزشک عمومی، کاروز یا متخصص ثبت می‌گردید.

نتایج

در این مطالعه جمعاً ۳۰۴ نفر پزشک، ۲۰ نفر متخصص، ۲۰۴ نفر پزشک عمومی و ۸۰ نفر از کارورزان ۶ ماهه آخر دوره تحصیلی مورد ارزیابی قرار گرفتند میانگین سطح آگاهی و تغییرات آن پس از آموزش در جدول شماره یک آورده شده است . میانگین سطح نگرش و عملکرد پزشکان در برخورد با روش‌های صحیح تشخیص و درمان و پیگیری بیماری‌های ناشی از هلیکوباکتریلوری قبل از آموزش و تغییرات آن پس از آموزش در جدول شماره ۲ آورده شده است.

گوارش تهیه گردید و سی سؤال با محتوای سنجش آگاهی، نگرش و عملکرد درمانی نسبت به هلیکوباکتریلوری از آن استخراج شد و سؤالات توسط همکاران گروه گوارش و شورای پژوهشی دانشکده بررسی و تایید گردید. سپس مطالعه پایلوت بر روی گروهی محدود (۳۰ نفر) از جامعه هدف انجام گردید و اعتبار و پایایی سؤالات تعیین شد و بدین ترتیب سؤالات نهایی انتخاب گردید. در مورد سؤالات سنجش نگرش $p < 0/05$ و ضریب همبستگی پیرسون حداقل $0/6$ و حداکثر $0/85$ تعیین شد که بیانگر اعتبار سؤالات نگرش است. برای پایایی سؤالات نگرش شاخص آلفای کرون باخ به عنوان معیار در نظر گرفته شد .

در مورد سؤالات آگاهی و عملکرد روایی و پایایی با شاخص های ضریب سختی و ضریب تمیز سنجیده شد که به ترتیب مقادیر بین ۶۰-۴۰ درصد برای ضریب سختی و مقادیر بالای ۷۰ درصد برای ضریب تمیز به عنوان معیار انتخاب سؤالات در نظر گرفته شد.

ابتدا دو نفر از کارورزان دانشگاه علوم پزشکی اراک نسبت به آن کاملاً توجیه شدند و پس از جلب رضایت همکاران به محل کار آنها مراجعه نموده و با توجه به اعلام و دعوت قبلی، ابتدا سؤالات طراحی شده جهت پاسخگویی در اختیار آنان قرار داده می‌شد تا همان موقع نسبت به پاسخ گوئی آنها اقدام نمایند سپس پاسخ‌نامه‌ها جمع‌آوری و مقاله تهیه شده در اختیار آنان قرار می‌گرفت و

جدول ۱. توزیع فراوانی سطح آگاهی پزشکان شهر اراک نسبت به بیماری‌زایی هلیکوباکتریلوری قبل و بعد از آموزش

سال ۸۲

P	پس از آموزش				قبل از آموزش				تعداد	سطح آگاهی / گروه پزشکی
	فاصله اطمینان ۹۵٪		تغییر معیار	میانگین	فاصله اطمینان ۹۵٪		انحراف معیار	میانگین		
	دامنه پائین	دامنه بالا			دامنه پائین	دامنه بالا				
۰/۰۰۳	۷۸/۷۲	۶۹/۵۶	۷/۹۳	۷۴/۱۴	۶۱/۰۸	۴۷/۲	۱۲	۵۴/۱۴	۱۲	متخصصین
۰/۰۰۵	۷۹/۰۳	۶۸/۴۷	۷/۴۴	۷۳/۷۵	۵۸/۷۶	۵۰/۷۹	۱۱/۲۶	۵۸/۷۵	۸	داخلی
۰/۰۰۱	۵۹/۵۲	۵۶/۳۹	۱۱/۳۵	۵۷/۹۴	۴۹/۶۴	۴۸/۲۸	۱۲/۳۳	۴۹/۶۴	۲۰۴	متخصص
< ۰/۰۰۱	۶۴/۷۴	۶۰/۲۶	۱۰	۶۲/۵	۵۴/۲۶	۴۸/۷۴	۱۲/۳۳	۵۱/۵	۸۰	جراحی پزشکان عمومی کارورزان پزشکی

جدول ۲. توزیع فراوانی سطح نگرش و برخورد درمانی پزشکان شهر اراک و تغییر آن پس از آموزش نسبت به تشخیص

و درمان هلیکوباکتریلوری سال ۸۲

P	پس از آموزش				قبل از آموزش				تعداد	سطح نگرش و عملکرد / گروه پزشکی
	فاصله اطمینان ۹۵٪		تغییر معیار	میانگین	فاصله اطمینان ۹۵٪		انحراف معیار	میانگین		
	دامنه پائین	دامنه بالا			دامنه پائین	دامنه بالا				
۰/۰۰۲۲	۸۶/۱۷	۷۹/۴۹	۹/۲۵	۸۰/۸۳	۷۳/۱۸	۶۰/۹۸	۱۰/۵۴	۶۷/۰۸	۱۲	متخصصین داخلی
۰/۰۲۵	۸۲/۷۸	۶۲/۲۲	۱۲/۹۳	۷۲/۵	۷۱/۷۲	۵۲/۰۴	۱۳/۸۷	۶۱/۸۸	۸	متخصص جراحی
< ۰/۰۰۰۱	۶۲/۸۴	۶۰/۲۴	۹/۳۲	۶۱/۵۴	۵۴/۴۷	۵۱/۵۵	۱۰/۴۲	۵۳/۰۱	۲۰۴	پزشکان عمومی
< ۰/۰۰۰۱	۶۹/۳۴	۶۵/۶۶	۸/۲۳	۶۷/۵	۵۹/۱۹	۵۳/۹۲	۱۱/۷۲	۵۶/۵۴	۸۰	کارورزان پزشکی

بحث

شده است. هلیکوباکتریلوری سبب عفونت طولانی مدت در سطح مخاط معده بدون تهاجم به بافت می‌شود و با تحریک سیستم ایمنی سلولار و همورال

امروز هلیکوباکتریلوری بعنوان شایع‌ترین علت آلودگی میکروبی انسانی سطح جهان شناخته

تهران مورد پرسش قرار گرفته‌اند این مقاله، با عنوان (فاصله عمیق دانش تا عمل نگرش پزشکان)، به روش صحیح تشخیص بیماری‌های هلیکوباکتر و نحوه صحیح درمان و پیگیری این بیماری را مورد ارزیابی قرار داده و آن را نسبتاً ضعیف برآورد کرده است اما برای تغییر نگرش و عملکرد و افزایش سطح آگاهی اقدامی به عمل نیاورده است. در بررسی منابع خارجی مطالعات مشابه در مورد هلیکوباکتر بدست نیامد. در مقاله حاضر با استناد به جداول ۱ و ۲ در بخش نتایج می‌توانیم ادعا کنیم که آموزش بروش مقاله مروری منجر به تغییر قابل توجه در نگرش تشخیصی و درمانی در همه گروه‌های پزشکی گردیده است.

استقبال پزشکان شرکت کننده نشان از آن دارد که اراده جامعه پزشکی در جهت کسب اطلاعات جامع، جدید و در عین حال کاربردی در خصوص تشخیص و درمان بیماری‌های شایع بسیار قوی است و باید به این نیاز پزشکان با تهیه مواد آموزشی جامع و فراگیر از سوی خبرگان هر رشته با استناد به منابع معتبر داخلی و خارجی پاسخ داده شود.

برخورد متفاوت پزشکان با شکایات و بیماری‌های شایع نظیر عفونت با هلیکوباکتر پیلوری می‌تواند باعث سلب اعتماد از جامعه پزشکی و دلزدگی پزشکان از پرداختن به اصول علمی، درمان بیماری‌های ساده گردد. گروه‌های مختلف دست اندر کار درمان بیماری‌های ناشی از هلیکوباکتر پیلوری به دلیل تجربیات متفاوت و مطالعه مراجع گوناگون خاص هر رشته، برخورد یکسان با این مساله ندارند و حال آن که یکسان سازی رویکرد پزشکان، از هزینه

در زمینه ژنتیکی مناسب منجر به واکنش التهابی و تغییرات پاتوفیزیولوژیک مزمن می‌گردد که در طولانی مدت، عوارضی نظیر زخم اثنی عشر، زخم معده، گاستریت مزمن فعال، کانسر معده، لنفوم معده ایجاد می‌کند (۱، ۲، ۳، ۴).

علیرغم شیوع بالای عفونت هلیکوباکتر پیلوری در جهان فقط حدود ۱۰ درصد افراد آلوده در طول عمر خود ممکن است به عوارض فوق مبتلا شوند و لذا همه افراد آلوده نیاز به درمان ندارند (۱، ۲، ۳) اما متأسفانه بنظر می‌رسد که در جامعه ما از روش تست و درمان^۱ در بیماران با یا بدون تظاهرات بیماری‌های گوارشی به وفور استفاده می‌شود (۱۰، ۱۱).

ضمناً در بسیاری موارد دوز و مدت درمان و ترکیب دارویی نیز نامناسب است که می‌تواند منجر به ایجاد سوش‌های مقاوم هلیکوباکتر و توسعه آن در جامعه گردد. از طرف دیگر با توجه به برنامه‌های وسائل ارتباط جمعی و نگرانی ایجاد شده در جامعه در مورد عوارض هلیکوباکتر پیلوری و ایجاد باورهای غلط و اصرار به درمان تا منفی شدن تست‌های سرولوژی بدون ملاحظه عامل زمانی، هزینه‌های زیادی را بر جامعه و دولت تحمیل می‌کند لذا با توجه به گستردگی مسئله نیاز به آگاهی و برخورد صحیح تشخیص و درمان در مورد هلیکوباکتر پیلوری و اصلاح روند فرهنگی آن در جامعه کاملاً ضروری به نظر میرسد. در این زمینه یک مطالعه در سال ۱۳۷۸ در تهران اجرا گردیده که به ارزشیابی دانش و نگرش پزشکان بسنده کرده است در این مطالعه ۳۵۹ پزشک عمومی و متخصص در سه شهر کرج، ورامین و

^۱ - Test and treat

3. Suerbaum S, Michtti P. Helicobacter pylori infection. NEJ of Medicine 2002; 347(15):1175-1186.

4. Feldman RA, Epidemiologic observation and opinion questions about disease and infection caused by Helicobacter pylori. Scientific prese;2001. 29-51.

5. McColl ML, EL-Omar E, et al. Symptomatic benefit from eradicating Helicobacter pylori infection in patients with nonulcer dyspepsia. N Engl Med of 1998;339:1869-1874.

6. Moayyedi P, Soo s, Deeks, et al. Systematic review and economic evaluation of Helicobacter treatment for non-ulcer dyspepsia. BMF 2000;321 :659-64.

7. Wermeille, Cunningham M, Armenion B, et al. Failure of a 1day high dose quadruple therapy for cure of Helicobacter pylori infection. Aliment Pharmacol Ther 1999;13:173-7.

8. Blum AL, Talley NF, Omoralh C, et al. Lack of effect of treating Helicobacter pylori infection in patient with no ulcer dyspepsia. N Engl J med 1998;339:1875-1881.

9. Holo M, Miwat F, Nogahara A, Sato N. Pooled analysis on the efficacy of the second line treatment regimens for Helicobacter pylori infection. Scand J Gastroentology 2001 ;36:690-700.

۱۰. صادق زاده م ر. آگاهی پزشکان ایرانی در رابطه با

نقش هلیکوباکتر پیلوری در اتیولوژی زخم پپتیک و نحوه درمان آن. نشریه گوارش، شماره ۲۰-۱۹، سال ۴، مهر ۷۸، ص ۶۸.

۱۱. مطالعه پایلوت از نسخ رسیده بداروخانه ها جهت

درمان هلیکوباکتر پیلوری در شهر اراک.

های بی مورد ناشی از تکرار درمان و تست های مکرر سرولوژی خواهد کاست.

با توجه به نتایج حاصله از این مطالعه و تغییراتی که پس از آموزش حاصل گردید به نظر می رسد که چنانچه یک برنامه ریزی دقیق با آموزش مدون در سطوح مختلف پزشکی طراحی و اجرا گردد و سیاستهای تشخیصی و درمانی هلیکوباکتر به عنوان یک عامل بیماری زای شایع بصورت یک پروتکل راهنما از طرف انجمن گوارش ایران تصویب و از مجرای معاونت درمان وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی و دفتر باز آموزی به دانشگاهها ابلاغ گردد، می تواند منجر به اصلاح روش های تشخیصی و درمانی هلیکوباکتر و صرفه جوئی در هزینه های درمانی گردد.

تشکر و قدردانی

در پایان از آقایان دکتر علی چهرئی، دکتر محمد رفیعی، خانم مهندس مریم سلیمی و شورای پژوهشی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اراک که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند قدردانی می نمائیم.

منابع

1. John D, valle A. Peptic ulcer disease and related disorders harrison's principles of internal medicine. 16th edition. New York: McGraw – Hill; 2005. p.1649-1658.

2. Walter L, Peterson Y, Graham. Helicobacter pylori Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease. 7th edition. Philadelphia: Saunders; 2005. CD Rom, ch-39.

